

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DORALBA MADELIN QUINONES REYES**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE BOM JESUS  
DO MUNICÍPIO SANTA LUZIA- MG.**

**BELO HORIZONTE**

**2015**

**DORALBA MADELIN QUINONES REYES**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE BOM JESUS  
DO MUNICÍPIO SANTA LUZIA-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.Dr<sup>a</sup> Simone Mendes Carvalho

BELO HORIZONTE

2015

**DORALBA MADELIN QUINONES REYES**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE BOM JESUS  
DO MUNICÍPIO SANTA LUZIA-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup>. Simone Mendes Carvalho.

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa .Dr<sup>a</sup> Simone Mendes Carvalho

Examinador 2 – Profa Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família, por ter-me sustentado e proporcionado forças para que com êxito pudesse alcançar mais uma etapa importante da minha vida.

## **AGRADECIMENTO**

A meus professores pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos colegas de classe pela espontaneidade e alegria na troca de informações.

À minha família pela paciência e amor brindado durante a realização do trabalho, em especial a meu esposo,

E, finalmente, a DEUS pela oportunidade e pelo privilégio que nos foram dados em compartilhar esta bela experiência com o povo brasileiro.

**“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente!”  
(Mahatma Gandhi)**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se como um agravo crônico sendo um dos mais graves problemas para a saúde pública no Brasil. Na unidade de Saúde da Família Boa Jesus no município Santa Luzia-MG, observa-se uma baixa adesão ao tratamento em usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial, sendo identificado com problema priorizado. O controle da HAS está relacionado com o grau de adesão ao tratamento dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção que possibilite aumentar a adesão ao tratamento em usuários com hipertensão arterial. A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos alimentares inadequados; baixo nível de informação sobre a doença e deficiência no processo de trabalho da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “Mais saúde” para conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física; “mais informação” para aumentar o nível de informação sobre hipertensão arterial entre os pacientes, familiares e população em geral e; “linha de cuidados” para melhorar a efetividade do cuidado e estruturar os serviços de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Adesão. Promoção de saúde.

## **ABSTRACT**

High Blood Pressure (HBP) is characterized as a chronic disease is one of the most serious problems for public health in Brazil. In Family Health unit Good Jesus in the municipality Santa Luzia-MG, observes a low adherence to treatment in users with a diagnosis of hypertension, was the prioritized problem. The control of hypertension is related to the degree of adherence to the treatment of the patients. The methodology was divided in three phases: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: poor eating habits; low level of information about the disease and; deficiency in team work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "more health" in order to raise awareness about the importance of proper nutrition and physical activity; "more information" to increase the level of information about the hypertension among patients, families and the general population and; "care line" to improve the effectiveness of and structure health services to improve the effectiveness of care.

Key words: Hypertension. Adhesion. Health education.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Bom Jesus.....	20.
Quadro 2	Quantidade de hipertensos por microárea.....	21
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.....	22
Quadro 4	Recursos críticos de cada operação.....	24
Quadro 5	Ações para motivação dos atores.....	24
Quadro 6	Plano operativo.....	25
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: Mais Saúde.....	27
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: Mais informações...	28
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: Linha de cuidados...	28

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	11
2. JUSTIFICATIVA-----	13
3. OBJETIVOS -----	15
4. METODOLOGIA -----	16
5. REVISÃO DE LITERATURA -----	17
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	20
6.1 Primeiro passo: definição dos problemas.....	20
6.2 Segundo passo: priorização de problemas.....	20
6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado.....	21
6.4 Quarto passo: explicação do problema.....	22.
6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”.....	22
6.6 Sexto passo: desenho das operações.....	22
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.....	24
6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano.....	24
6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo.....	25
6.10Décimo passo: gestão do plano.....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	29
REFERÊNCIAS-----	30

## 1. INTRODUÇÃO

Santa Luzia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, que pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte a 27 km da capital. Situado na Depressão de Belo Horizonte, uma das três províncias geomorfológicas da Grande BH, tem uma paisagem típica caracterizada por colinas côncavas-convexas e fundas de vales extensos, formados por depósitos aluvionais. Sua população de acordo com a Estimativa 2014 pelo IBGE é de 214.830 habitantes (IBGE, 2014).

A história do município tem raízes nos primórdios da colonização e desbravamento do território mineiro. E logo se tornou um ponto de pousada estratégico para a travessia dos bandeirantes pelos sertões, em busca de pedras e metais preciosos (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Possui extenso território de 234,4 km<sup>2</sup> dividido administrativamente em Sede e distrito de São Benedito. Seu bioma é de transição entre o Cerrado e a Mata Atlântica e seu clima são tropicais de altitude, ameno, com temperatura média anual de 21,10° C. Esta cidade brasileira está localizada na Região Sudeste do Brasil, é considerado a décima terceira cidade mais populosa do estado de Minas Gerais. Entre os 205.666 habitantes do município, 106 996 (47,98%) são homens e 98670 (52,02%) são mulheres (IBGE, 2014).

A Unidade básica de Saúde “Boa Jesus” do município Santa Luzia foi inaugurada no dia 11 de novembro de 2010, está localizada na Rua Francisco Gerônimo da Silva número 25, Barrio bom Jesus, com fácil acesso, área urbana.

Atende um total de 8367 dividido em duas equipes de saúde: Micro área #1 e Micro área # 16. No PSF temos como recursos humanos: um gerente, duas médicas, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, agentes de endemias e duas auxiliares de serviços. A jornada é de 40 horas semanais e 32 horas para a médica do programa mais Médico, sendo as outras 8 horas dedicadas ao estudo.

Na área física conta com duas salas de espera para os pacientes, farmácia, sala de curativos, sala de vacina, recepção, escritório de gerenciamento, consulta para acolhimento, oito salas de consultas, sala de zoonoses, salão de reuniões, espaço para agentes comunitários de saúde, sala de expurgo e de esterilização, cozinha e seis banheiros. Todas as áreas são utilizadas.

A equipe, na qual estou inserida, atende a micro área # 16 com um total de 4344 pacientes, contando com uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde, do total da população atendida na área de abrangência 773 pacientes apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica para um 17.8 %, sendo acompanhados pela equipe.

Na referida unidade, há muitos usuários com hipertensão sem acompanhamento adequado, além da escassez de informações sobre o autocuidado. Vários fatores contribuem para o acompanhamento inadequado desses usuários como: identificação inadequada devido a problemas com o cadastro da família, uso inadequado das medicações ou a falta de utilização das mesmas, além da não submissão desses usuários aos exames de rastreamento. Além disso, há usuários em que não há continuidade do acompanhamento, devido à inadequada assistência nas consultas de retorno. Outro fator agravante é a falta de informações sobre a doença e a dificuldade para mudanças no estilo de vida incluindo a alimentação saudável e atividade física.

## 2. JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (WHO, 2011).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis a de maior prevalência em nossa área a Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo causa de preocupação, tendo que agir de forma rápida, pois tem elevado a morbimortalidade geral da população, principalmente na idade adulta, o que acentua os casos de morte por doenças cardiovasculares.

“As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.11).

Segundo Andrade, Vilas-Boas e Chagas (2009) atualmente a hipertensão arterial tem se configurado em um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, pois tem elevado a morbimortalidade geral da população, principalmente adulta, o que acentua os casos de morte por doenças cardiovasculares.

Com o intuito de reduzir morbimortalidade causada pela doença e considerando o número elevado de usuários com baixa adesão ao tratamento, resolveu-se formar grupos de discussão sobre Hipertensão Arterial no âmbito comunitário, tendo como parceiro a família e os líderes comunitários.

A hipertensão arterial requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante ações intersetoriais que possam contribuir para a adoção de hábitos saudáveis de vida, tanto para prevenir essa doença como para se conseguir uma melhor qualidade de vida para as pessoas que já a apresentam.

A produção do cuidado requer o estímulo a mudanças comportamentais para o efetivo acompanhamento das pessoas com hipertensão, sendo necessário o envolvimento dos familiares na perspectiva de estimular sua participação ativa, em

virtude de que essas mudanças podem interferir em sua convivência, o que torna fundamental que a família seja capacitada.

O envolvimento da família e comunidade nas quais o usuário está inserido, o compartilhamento de experiências, saberes, expectativas, sentimentos, que valorize o outro em sua singularidade e autonomia, mostraram-se relevantes na perspectiva de se construir novas formas de produzir o cuidado.

Para Sarti (2010), há a necessidade de se tomar a família como foco da atenção à saúde, a partir do reconhecimento da importância de seu contexto social e da abertura de possibilidades de construção de práticas de saúde com base no diálogo.

A hipertensão arterial é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. É uma realidade que tem alta prevalência e baixas taxas de controle. (NOBRE *et al.*,2010).

Estima-se que cerca de 50,0% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente (BRASIL, 2012).

As medidas não medicamentosas como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos saudáveis além de reduzir a pressão arterial possibilita a prevenção primária e a detecção precoce, já que são formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE *et al.*,2010).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento em portadores de hipertensão arterial no PSF Bom Jesus de Santa Luzia.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Verificar o conhecimento dos portadores de Hipertensão Arterial com relação ao tratamento e complicações da patologia
- Desenvolver ações que fomentem mudanças no estilo de vida e aumento do nível de conhecimento sobre HAS pela população.
- Estimular adesão ao tratamento por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários hipertensos.

#### 4. METODOLOGIA

O estudo deverá ocorrer na ESF Bom Jesus, localizado no município de Santa Luzia- Minas Gerais.

A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação.

O método utilizado para atingir os objetivos propostos foi baseado no planejamento estratégico situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus no município de Santa Luzia. Depois que os problemas foram listados a equipe priorizou a “Baixa adesão ao tratamento em pacientes portadores de hipertensão arterial. (HAS)”.

Foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre hipertensão arterial para subsidiar o desenvolvimento do projeto de intervenção, além de um levantamento bibliográfico de publicações nas bases de dados (PubMed, Lilacs) utilizando os seguintes descritores: Hipertensão arterial, Adesão, Promoção de saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi possível a realização de um plano de intervenção para melhorar a baixa adesão ao tratamento em portadores de hipertensão arterial de pacientes atendidos na ESF Bom Jesus.



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (ANDRADE; VILAS-BOAS; CHAGAS, 2009).

Segundo Lessa (2010) a enfermidade vascular silenciosa mais prevalente no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) predominante causa de morte no Brasil.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível com uma alta prevalência, que precisa de diagnóstico e controle eficaz para o manejo adequado de doenças, como infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica, retinopatia hipertensiva insuficiência cardíaca congestiva e doenças cerebrovasculares (RABETTI; FREITAS, 2011).

A HAS é uma síndrome multifatorial, multicausal e multisistêmica. Vários fatores incidem no seu aparecimento como os fatores constitucionais, como: sexo, idade, raça/cor e história familiar, os ambientais, como: sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação insalubre e obesidade, estando relacionada ao estilo de vida inadequado, as pessoas poderão ser surpreendidos por suas complicações, sendo necessário aprender a conviver com a cronicidade no seu cotidiano (ANDRADE; VILAS-BOAS; CHAGAS. 2009).

Considerando que hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como importante problema de saúde pública, Damasceno *et al.*(2008,p.42) colocam que

[...] diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória. Isso evidencia a baixa adesão ao tratamento.

O acidente vascular encefálico e a doença isquêmica coronariana são as complicações mais frequentes da H-A-S, seguidas pela insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, encefalopatia hipertensiva e aneurisma dissecante da aorta (OIGMAN, 2003).

Em Cuba é um problema de saúde sendo a primeira causa de morbimortalidade de origem cardiovascular e a mesma apresenta uma estreita

relação com a doença isquêmica do coração e outros tipos de doença do órgão, assim como doenças dos rins e acidentes vasculares no cérebro, que são causas de óbito e incapacidades. É a terceira causa de óbito materna sendo também frequente causa de óbito fetal e baixo peso ao nascer, entre outras (ÁLVAREZ *et al.*, 2001).

De acordo com Andrade, Vilas-Boas e Chagas (2009) é necessário ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, principalmente a população mais vulnerável à HAS, para conseguir aderir às condutas de controle e tratamento, a intermediação neste processo deve ser feita predominantemente pela educação em saúde, por sua capacidade de transformar indivíduos, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis com a educação recebida, sendo o indivíduo mais autônomo.

A hipertensão prejudica sensivelmente a qualidade de vida em termos de saúde física e mental, sendo importante preveni-la e tratá-la adequadamente.

A primeira escolha de tratamento da HAS, uma vez diagnosticada precocemente consiste principalmente na mudança do estilo de vida, que inclui ações como cessação do tabagismo, manutenção de atividade física regular e dieta alimentar saudável, para uma melhor qualidade de vida é crucial para prevenir complicações secundária da pressão elevada (BATTAGIN *et al.*, 2010).

A taxa de abandono é o grau mais elevado de falta de adesão ao tratamento, crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

É inquestionavelmente forte a importância do apoio familiar na adesão à terapêutica anti-hipertensiva, para o hipertenso é imprescindível, encorajando-o a aderir ao tratamento, principalmente nas modificações de estilo de vida (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

A educação é uma ação primordial da atenção básica, possibilita a promoção de saúde, o acompanhamento da pessoa hipertensa em parceria com a família, implementado com ações educativas, possibilitará a adesão desta às condutas terapêuticas de controle da HAS e demais condutas (SANTOS *et al.*, 2009).

A educação em saúde é importante para direcionar as pessoas para estas mudanças, visando à prevenção e o controle dos fatores de riscos da HAS e o cultivo de hábitos e atitudes saudáveis, possibilitando-lhes a melhora de sua saúde, de forma geral, e seu bem-estar físico e mental (SANTOS; LIMA, 2008).

O tratamento da HAS engloba, além da terapia farmacológica, a adoção de hábitos de vida saudáveis (LIMA *et al.*, 2006).

O profissional de saúde tem que oferecer mais que orientações aos pacientes, precisa de avaliar as condições individuais, sociais e ambientais e adotar estratégias para obter um novo comportamento do indivíduo em relação a sua doença (SARQUIS *et al.*, 1998).

Realizar mudanças no estilo de vida auxilia na redução da pressão arterial bem como na mortalidade por doenças cardiovasculares, além de melhorarem significativamente a qualidade de vida de modo geral. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância, incluindo atividades físicas regulares e alimentação equilibrada dos nutrientes.

São muitos os problemas que se apresentam nos idosos em sua maioria relacionados com a saúde, geralmente vinculados com estilos de vida não saudáveis praticados desde a juventude, não são poucos os idosos que vivem em más condições de vida e que não contam com um adequado sistema de apoio da família e da comunidade, situação que se agrava com a insuficiente disponibilidade de instituições sociais e redes de apoio que facilitam uma qualidade de vida aceitável às pessoas da terceira idade.

Hoje se conhece que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua detecção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular.

## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

A análise da situação de saúde permite a identificação dos principais problemas apresentados pela população do território de abrangência.

Após realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Bom Jesus no município de Santa Luzia foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: Baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos, elevada incidência e prevalência de diabetes mellitus (DM), elevada incidência de gravidez na adolescência, uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos e alimentação não saudável.

Identificamos como problema prioritário: Baixa adesão ao tratamento em pacientes portadores de hipertensão Arterial.

### 6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Após identificação dos problemas na área de abrangência da ESF Bom Jesus no município de Santa Luzia, a equipe se reuniu para estabelecer uma ordem de prioridade para os mesmos. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Bom Jesus.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Baixa adesão ao tratamento em pacientes portadores de hipertensão arterial (HAS).	Alta	8	Parcial	1
Elevada incidência e prevalência de diabetes mellitus (DM).	Alta	7	Parcial	2
Elevada incidência de gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e	Alta	6	Parcial	4

antidepressivos				
Alimentação não saudável	Alta	6	Parcial	5

Fonte: Aatoria Própria (2015)

### 6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O tema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão ao tratamento em pacientes portadores de hipertensão arterial.

A HAS constitui um problema de saúde a nível mundial com uma prevalência ao redor de 30% da população adulta representado por quase 700 milhões de pessoas. É a enfermidade mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos e as populações em todas as partes do mundo. Representa uma doença, como também um fator de risco importante para outras enfermidades (ÁLVAREZ *et al.*, 2001).

Observam-se muitos hipertensos descontrolados sem acompanhamento adequado, outros não identificados, sem sistematização em controles e pouco conhecimento do controle da doença e fatores de risco associados.

A equipe de saúde da família da ESF Bom Jesus está preocupada com o número elevado de pacientes portadores de hipertensão arterial com baixa adesão ao tratamento. Por isso, este problema foi priorizado pela equipe.

No quadro 2 está apresentada a quantidade de hipertensos por micro área.

Quadro 2 - Quantidade de hipertensos por microárea.

Microárea	Quantidade de diabéticos	Fonte
1	118	Registros da equipe
2	132	Registros da equipe
3	176	Registros da equipe
4	192	Registros da equipe
5	155	Registros da equipe
<b>Total</b>	<b>773</b>	

### 6.4 Quarto passo: explicação do problema

Consideramos que o fato de haver um grande número de hipertensos mal controlados pode ser justificado por vários fatores: Não ser identificado, não ter sido identificado adequadamente, problemas com o cadastro da família. O que faz que o paciente não tenha atendimento no posto, não seja examinado, não faz uso de medicação ou faz uso de forma incorreta e não é submetido a exames de rastreamento. Tendo em conta também não assistência a retornos periódicos de consultas que leva a perda da continuidade do acompanhamento, além disso, baixo nível de informação sobre a doença, hábitos alimentares inadequados e deficiência no processo de trabalho da equipe.

### 6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à baixa adesão ao tratamento em pacientes portadores de HAS na ESF Bom Jesus.

- Hábitos alimentares inadequados.
- Baixo nível de informação sobre a doença;
- Deficiência no processo de trabalho da equipe.

### 6.6 Sexto passo: desenho das operações

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos alimentares inadequados	<p><b>Mais Saúde</b> Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população principalmente atividade física e autocuidado</p> <p>Conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de</p>	<p>Diminuir número de usuários sedentários</p> <p>Melhorar hábitos alimentares</p> <p>Melhorar a qualidade de vida dos pacientes</p>	<p>Grupos operativos com foco na alimentação , programa de alimentação saudável.</p> <p>Programa de caminhada orientada e ginástica</p> <p>Grupos de atividade física em praças e campos de</p>	<p><b>Organizacional:</b> Para organizar o programa de caminhada, os grupos operativos e de atividade física.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema</p> <p><b>Político:</b> Mobilização social e articulação intersetorial</p> <p><b>Financeiro:</b> Para adquirir</p>

	atividade física		futebol  Campanha educativa no posto e na comunidade	folhetos e produtos audiovisuais
Baixo nível de informação sobre a doença	<b>Mais Informações</b>  Aumentar o nível de informação sobre HAS entre os pacientes, familiares e população em geral.	População mais informada sobre HAS e suas complicações  Aumentar a participação familiar no controle da HAS  Prevenir as complicações associadas à HAS	Avaliação do nível de informação sobre a doença  Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso	<b>Organizacional:</b> Organizar grupos operativos com os hipertensos <b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento <b>Político:</b> Articulação intersetorial com o setor de educação <b>Financeiro:</b> Adquirir recursos de multimídia e folhetos informativos
Deficiência no processo de trabalho da equipe	<b>Linha de Cuidados</b> Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com HAS incluindo o sistema de referência e contra referência  Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Aumento nas consultas e atividades educativas  Diminuição das complicações  Diminuição da incidência de HAS mediante pesquisa ativa  Atendimento responsável e humanizado	Profissionais capacitados e fluxos de atendimento organizado  Protocolos implantados	<b>Organizacional:</b> Cadastrar todos os hipertensos <b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <b>Financeiro:</b> Garantir contratação de especialistas e laboratórios com recursos necessários para a realização de exames

				complementares
--	--	--	--	----------------

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 4 - Recursos críticos de cada operação.

Operação	Recurso Crítico
<p><b>Mais Saúde</b></p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população principalmente atividade física e autocuidado.</p>	<p>Político: Mobilização social e articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais</p>
<p><b>Mais Informações</b></p> <p>Aumentar o nível de informação sobre HAS entre os pacientes, familiares e população em geral.</p>	<p>Político: Articulação intersetorial com o setor de educação</p> <p>Financeiro: Adquirir recursos de multimídia e folhetos informativos</p>
<p><b>Linha de cuidados</b></p> <p>Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com HAS incluindo o sistema de referência e contra referência</p> <p>Organizar os serviços de saúde</p>	<p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro: Garantir contratação de especialistas e laboratórios com recursos necessários para a realização de exames complementares</p>

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Quadro 5 - Ações para motivação dos atores.

Operações/projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
<p><b>Mais Saúde</b></p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população principalmente atividade física e autocuidado</p>	<p>Político: Mobilização social e articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais.</p>	<p>Secretaria municipal de saúde (SMS); Equipe;</p> <p>Secretaria municipal da educação.</p>	Favorável	Não é necessário
<b>Mais</b>	Político:	Secretaria	Favorável	Não é



<b>Informações</b>  Aumentar o nível de informação sobre HAS entre os pacientes, familiares e população em geral.	Articulação intersectorial com o setor de educação  Financeiro: Adquirir recursos de multimídia e folhetos informativos	municipal de saúde (SMS); Equipe;  Secretaria municipal da educação.		necessário.
<b>Linha de cuidados</b>  Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com HAS incluindo o sistema de referência e contra referência  Organizar os serviços de saúde	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais  Financeiro: Garantir contratação de especialistas e laboratórios com recursos necessários para a realização de exames complementares.	Secretário de saúde e Equipe de saúde.	Favorável	Apresentar projeto na secretaria de saúde.

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Este passo tem como finalidade a designação de reesponsáveis pelos projetos e estabelece prazos para o cumprimento das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 6 define o plano operativo.

Quadro 6 - Plano operativo.

<b>Operação</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Mais Saúde</b>  Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população principalmente	Diminuir número de usuários sedentários  Melhorar hábitos alimentares	Grupos operativos com foco na alimentação e programa de alimentação saudável	Não é necessário	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho ACS Miriam Rosa	6 meses subsequentes

atividade física e autocuidado	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes	Programa de caminhada orientada e ginástica  Grupos de atividade física em praças e campos de futebol  Campanha educativa no posto e na comunidade			
<b>Mais Informações</b>  Aumentar o nível de informação sobre HAS entre os pacientes, familiares e população em geral.	População mais informada sobre HAS e suas complicações  Aumentar a participação familiar no controle da HAS  Prevenir as complicações associadas à HAS	Avaliação do nível de informação sobre a doença  Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso	Não é necessário	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho ACS Miriam Rosa	6 meses subsequentes
<b>Linha de Cuidados</b> Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com HAS incluindo o sistema de referência e contra referência	Aumento nas consultas e atividades educativas  Diminuição das complicações Diminuição da incidência de HAS mediante pesquisa ativa	Profissionais capacitados e fluxos de atendimento organizado  Protocolos implantados	Apresentar o projeto	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho	4 meses subsequentes

Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Atendimento responsável e humanizado				Início de outras ações: sem data
--	--------------------------------------	--	--	--	----------------------------------

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.10 Décimo passo: gestão do plano

Dependendo com seja feito nossa gestão e o sucesso do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os quadros 7 a 9 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Mais Saúde.

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupos operativos com foco na alimentação e programa de alimentação saudável	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho	6 meses	Implantado e em andamento no momento		
Programa de caminhada orientada e ginástica	ACS Miriam Rosa	6 meses	Programa implantado e implementado		
Grupos de atividade física em praças e campos de futebol	ACS Miriam Rosa	6 meses	Programa implantado e implementado		
Campanha educativa no posto e na comunidade	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho ACS Miriam Rosa	6 meses	Programa implantado e implementado Produtos audiovisuais definidos		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: Mais Informações.

<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Avaliação do nível de informação sobre a doença	Dra. Doralba Madelin	6 meses	Projeto de avaliação elaborado		
Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho ACS Miriam Rosa	6 meses	Programa de capacitação elaborado		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: Linha de Cuidados.

<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Profissionais capacitados e fluxos de atendimento organizado	Dra. Doralba Madelin Enfermeira Amanda Marinho	4 meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início para 4meses.		
Protocolos implantados	Dra. Doralba Madelin	4 meses	Proposta discutida com Secretário de Saúde	Atrasado	12 meses

Fonte: Autoria Própria (2015)

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A Hipertensão arterial (HAS) é fator de risco para doenças cardiovasculares e representam agravos para a saúde pública e, portanto, torna-se necessário apresentar estratégias para o enfrentamento do problema prevenindo complicações.

O número elevado de usuários com diagnóstico de HAS são condições que tem gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades laborais e de lazer, além das mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias.

Tendo em conta que a Hipertensão Arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento consideramos importante a capacitação dos profissionais, paciente e famílias sobre o tema e lograr aumentar à adesão da população as mudanças de estilo de vida, ao uso correto do tratamento, estimulação da autonomia dos sujeitos com relação a sua saúde e bem estar.

Espera-se com esse estudo propiciar mudanças no estilo de vida da comunidade, uma melhor adesão ao tratamento após o plano de intervenção seja implantado, melhora no trabalho da equipe na educação em saúde e vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, cumprindo os objetivos traçados.

## REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, S. R. et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.

ANDRADE, J.P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.A. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.79, n.2, p. 375-389, 2009.

BATTAGIN, A. M. et al. Resposta pressórica após exercício resistido de diferentes segmentos corporais em hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.95, n.3, setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

CAR, M.R.; PIERIN, A.M.G.; AQUINO, V.L.A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.25, n.3, p.255-69, 1991.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.51-4, 2006.

DAMASCENO, P.D.L. et al. Estudo da adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Eletrônica Pesquisa Medica** v.2, n.4, p.41-48, 2008.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

FELIPE, G.F.; ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.4, p.620-627, 2008.

IBGE-cidades. Santa Luzia, Minas Gerais. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315780&search=minas-gerais|santa-luzia>. Acesso em 21/01/15.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível

em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 15 out. 2014.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUZA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*, v.29, n.29, p.232-238, 1996.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, ago. 2010.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.**, v.68, n.6, p.443-9, 1997.

LIMA, V. et al. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **RBPS**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 148-154, mar. 2006.

MIRANZI, S.S.C.et al. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto e Contexto de Enfermagem**. 2008; 17(4): 672-9.

NOBRE, F.et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n.1,p.57,Jan./mar.2010.

OIGMAN, W. Hipertensão arterial: condutas. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60, n. 7, p. 479-488, jul. 2003.

PREFEITURA DE SANTA LUZIA. Plano Municipal de Cultura, 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>. Acesso em 21/01/15.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

SANTOS, Z.M.S.A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto e Contexto de Enfermagem.**, v.14, n.3, p.332-40, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto de Enfermagem.**, Florianópolis, v.17, n. 1, p. 90-7, 2008.

SARTI, C. O lugar da família no programa de saúde da família. In: TRAD, Leny Alves Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32,n.4, p. 335-53, dez. 1998.

STRELEC, M.A.A.M; PIERIN, A.M.G; JUNIOR. A influencia do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.81, n.4, p.343-8,2003.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: Uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.16, n.2, p.233-8, 2007.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO ARTERIAL. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.32, n.1, p.36, set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília:WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008 - primary health care (now more than ever). Geneva: WHO, 2008.